

Imprima Por Favor

Fecha _____

Nombre _____ Fecha de Nacimiento ___/___/___ F/M
(Primer Nombre) (Segundo Nombre) (Apellido)

Dirección _____, Texas _____
(Numero de casa y calle) (Ciudad) (Código Postal)

S.S. # _____ # de Licencia _____ Numero de Telefono _____

Empleador _____ Numero de Celular _____

Dirección de Empleador _____, Texas _____
(Calle) (Ciudad) (Código Postal)

Ocupación _____ Numero de Empleador _____

() Soltero(a) () Casado(a) () Viudo(a) () Divorciado(a) () Estudiante () Otro

Nombre de Pariente más Cercano _____
(Primer Nombre) (Segundo Nombre) (Apellido)

Dirección _____
(Numero de casa y calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Fecha de Nacimiento ___/___/___ Numero de Telefono _____
(De Casa) (Celular)

Persona responsable por el pago si el paciente es menor de edad: () Padre () Madre

Nombre del Padre _____ Numero de Telefono _____

Dirección _____
(Numero de casa y calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Fecha de Nacimiento ___/___/___ S.S.# _____ Empleador _____

Nombre de la Madre _____ Numero de Telefono _____

Dirección _____
(Numero de casa y calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Fecha de Nacimiento ___/___/___ S.S.# _____ Empleador _____

Medicare () Suplementario _____ Medicaid () Otro _____

Por Favor Presente la Tarjeta de Seguro antes de los Servicios.

- 1) Autorizó la liberación de información medica necesaria para procesar reclamos para servicios medicos.
- 2) Autorizó pago de beneficios medicos a Mark B. Lindsay, M.D. para servicios medicos descritos.
- 3) Comprendo que cualquier cargo que no se consideran medicamente necesario o negada para el pago es mi responsabilidad (Medicare considera la porción de la refracción de un examen de ojo ser médecamente innecesaria)
- 4) Comprendo que soy ultimamente responsable de conseguir pre-autorización para beneficios de seguro si mi contrato de seguro lo requiere.

Firma del Paciente o Persona Reonsable

Fecha

Nombre _____ Fecha de Nacimiento ___ / ___ / ___ Fecha _____

Revisión De Sistemas

Sistémica

Pérdida De Peso SI NO
 Reciente Fiebre SI NO
 Cáncer SI NO

Piel

Cáncer de Piel SI NO
 Sarpullido SI NO

Oídos Nariz Garganta

Pérdida de Audición SI NO
 Alergias SI NO
 Ronquera SI NO

Respiratorio

Asma SI NO
 Tos Crónica SI NO
 Tuberculosis SI NO
 Enfisema SI NO
 Sudores Nocturnos SI NO

Cardio-Vascular

Dolor de Pecho SI NO
 Infarto SI NO
 Corto de Respiración SI NO
 Alta Presión SI NO

Genitourinario

En Diálisis SI NO
 Infecciones Frecuentes SI NO

Gastrointestinales

Úlcera SI NO
 Sangre en el Vómito SI NO
 Esccremento con sangre
 O negro SI NO
 Diarrea Crónica SI NO
 Ictericia SI NO
 Hepatitis SI NO

Neurológico

Dolor de Cabeza SI NO
 Migraña Reciente SI NO
 Migraña Anterior SI NO
 Entumecimiento SI NO
 Parálisis SI NO
 Derame Cerebral SI NO

Músculoesquelético

Artritis SI NO
 Dolores Musculares SI NO

Sangre

Anemia SI NO
 Diluyente de Sangre
 O Aspirina SI NO
 Transfusión de Sangre SI NO

Endocrino

Diabetes SI NO
 Tiroides Anormal SI NO

Enfermedades Médicas

Cirugías Previa
 MES / Año

_____/_____
 ____/_____
 ____/_____
 ____/_____

_____/_____
 ____/_____
 ____/_____
 ____/_____

Mark B. Lindsay, M.D.

Fax (979) 731-8720

Oftamología ~ 2725 East 29th Street

(979) 776-2020

Bryan, Texas 77802

Nombre _____ Fecha de Nacimiento ___ / ___ / ___ Fecha _____

HISTORIA PERSONAL

Doctor Familiar _____

Ocupación Actual _____ Retirado ()

Bebe Alcohol () SI () NO Vasos al Día _____ Al Mes _____

Fumas o Masticas Tabaco () SI () NO Paquetes Por Día _____ Al Mes _____

Exposición Reciente a las Enfermedades Transmisibles () SI () NO

HISTORIA FAMILIAR

Alguien Directamente Relacionado
Con Usted Ha Tenido Alguna De Las
Sigüientes?

Relación Con El Paciente

- Ceguera Inexplicables ()
- Glaucoma ()
- Degenación Retinal ()
- Separación Retinal ()
- Cancer ()
- Diabetes ()
- Tuberculosis ()

Otro _____

Lista de las Alergias a los Medicamentos

Medicación Actual

Nombre

Para que es

REVIEWED

MARK B. LINDSAY, M.D.
Oftamología
2725 East 29th Street
Bryan, Texas 77802
(979) 776-2020

Estimado Paciente,

Sí tienes seguro de salud, usted debe de saber que algunas aseguransas requiere que use ciertos doctors, laboratorios, facultades de radiología y hospitals. Sí usted no sigue la directriz de su aseguransa, la aseguransa no va cubrir el servicio.

Con tantas planes de aseguransas, la oficina de Dr.Lindsay no es responsable para dirigirle o garantizarle que los servicios que le pueda dar aquí o en otra facultades que le referimos aprueban su plan de aseguransa.

Por favor lea su póliza de seguro o llame el departamento de recurso humana sí no esta seguro que facultades puedes ir o que servicios cubre.

Yo he leído el estimado y entiendo que yo sere responsable por los servicios que la aseguransa no cubre.

Firma del Paciente

Fecha

MARK B. LINDSAY, M.D.
2725 EAST 29th STREET
BRYAN, TEXAS 77802
(979) 776-2020

Aviso de Prácticas de Discreción Reconocimiento del Paciente

Nombre y Apellido del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Yo he recibido este Aviso de Prácticas de Discreción de esta práctica médica escrita en lenguaje sencillo. El Aviso provee en detalle los usos y divulgaciones de mi información protegida de la salud que esta práctica médica puede hacer, mis derechos individuales y las obligaciones legales de la práctica médica con respecto a mi información protegida de la salud. El Aviso incluye:

- Una declaración donde se requiere por ley que esta práctica médica mantenga la privacidad de información de la salud.
- Una declaración donde se requiere que esta práctica médica cumpla con los términos del aviso actualmente en vigencia.
- Los tipos de usos y divulgaciones que se le permite a ésta práctica médica hacer por cada uno de los siguientes propósitos: tratamiento, pagos y operaciones del cuidado de la salud.
- Una descripción de cada uno de los otros propósitos por el cual se le permite y se requiere que ésta práctica médica use o divulgue información protegida de la salud sin mi consentimiento por escrito o dicha autorización.
- Una descripción de los usos y divulgaciones que están prohibidas o materialmente limitadas por la ley.
- Una descripción de otros usos y divulgaciones que serán solamente hechas con mi autorización por escrito y a la cual puedo revocar.
- Mis derechos individuales con respecto a la información protegida de la salud y una breve descripción de cómo puedo ejercitar estos derechos en relación con:
 - El derecho a quejarme a esta práctica médica y a la Secretaria de Salud y Servicios Humanos si yo creo que mis derechos de discreción han sido violados y que no se iniciará ninguna acción en mi contra en el caso de que se presentara dicha queja.
 - El derecho de solicitar restricciones relacionadas con algunos usos y revelaciones de mi información protegida de la salud, y que esta práctica médica no necesita estar de acuerdo con el pedido de restricción.
 - El derecho de recibir comunicaciones confidenciales sobre la información protegida de la salud.
 - El derecho de inspeccionar y copiar la información protegida de la salud.
 - El derecho de enmendar la información protegida de la salud.
 - El derecho de recibir un informe de las divulgaciones de la información protegida de la salud.
 - El derecho de obtener una copia en papel del Aviso de Prácticas de Discreción si se lo pidiese a esta práctica médica.

Esta práctica se reserva el derecho de cambiar los términos del Aviso de Prácticas de Discreción que mantiene y de presentar nuevas estipulaciones vigentes para proteger la información sobre la salud. Yo comprendo que puedo obtener de ésta práctica médica el actual Aviso de Prácticas de Discreción si así lo solicitara.

Firma: _____ Fecha: _____

Relación de parentesco con el paciente (en caso de que este firmado por un representante personal del paciente): _____